PR-01 QP-05 Załącznik nr 8

|  |
| --- |
| **UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW BADAŃ**  |
| **Ja, niżej podpisany:** |
| Imię i nazwisko: |  | PESEL: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Numer dowodu tożsamości: |  | Numer telefonu:(pole nieobowiązkowe) |  |
| **Upoważniam:** |
| Imię i nazwisko: |  | PESEL: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Numer dowodu tożsamości: |  | Numer telefonu:(pole nieobowiązkowe) |  |
| **do odbioru moich wyników badań**  |
| Miejscowość: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(data i czytelny podpis osoby upoważniającej) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data i czytelny podpis osoby upoważnionej) |